DELL' ANO VULVARE

NON CHE

DI VARIE APERTURE E FISTOLE RETTO-VULVARI E RETTO-VAGINALI

E DELLA LORO CURA

MEMORIA

DEL

PROF. COMM. FRANCESCO RIZZOLI







BOLOGNA
TIPI GAMBERINI E PARMEGGIANI
1874.

Estratta dalla Serie III. Tomo V.
delle Memorie dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna

Sebbene in questi ultimi tempi i chirurghi, affine d'ottenere con maggiore sicurezza la guarigione delle fistole e delle aperture vescico-vaginali non abbiano ommesso di perfezionare i metodi di cura maggiormente commendati (1), nullameno le speranze da essi loro concepite rimasero non di rado deluse, e ciò avvenne non già per poca maestria dell'operatore, non già per indocilità delle pazienti, ma bensì di frequente per l'impropria applicazione dell'operatorio processo al caso speciale. Verità questa che di recente fu in singolar modo fatta spiccare dall'Amabile (2), non che dal Soupart, dal Du Moulin, dal Deneffe, dal Van Wetter, dal Bouqué (3), dal De Lorge (4) della Scuola di Gand.

E in realtà a bene riescire in simili casi non basta davvero eseguire colla dovuta esattezza un operatorio processo, ma perchè l'ope-

---

(1) In ciò si distinsero in Italia il Baroni, il Fabbri, il Malagodi, l'Amabile, il Corradi Giuseppe, il Giordano, il Landi, il Marzolo, il Mazzoni, il Parona, il Peruzzi, il Vanzetti, e molti altri.

(2) Amabile, Una osservazione di fistola vescico-vaginale. Napoli 1872.

(3) Discussion sur la thérapeutique des fistules vescico-vaginales. Bulletin de la Société de médecine de Gand 1873.

(4) De Lorge, Fistule uro-genitale, guérie par la cautérisation. Annales de la Société de médecine de Gand 1874.

razione con maggior sicurezza giunga a buon fine conviene tener calcolo della particolare struttura anatomica della regione in cui formaronsi le fistole, delle varietà anatomo-patologiche che le medesime ponno presentare, delle loro complicazioni, per potere così dare la preferenza a quel metodo o processo operatorio che nel caso preciso è a ritenersi più proprio, il quale poi tanto meno fallirà qualora il chirurgo non difetti di quelle nozioni che riguardano la maniera di procedere del processo di riparazione sia abbandonato a sè stesso, sia aiutato coi mezzi dell' arte, affine di poterlo all' uopo debitamente regolare.

E ciò che affermo delle fistole uro-vaginali dee pur tenersi in gran conto anche per le aperture o fistole retto-vulvari o retto-vaginali, le quali anzi a mio credere, contrariamente a quanto dai più si opina, offrono maggiore difficoltà delle prime alla loro chiusura, non solo per la loro sede anatomica, non solo per diverse complicazioni, ma per la malefica influenza, che a preferenza delle urine, esercitano sui lavori di riparazione le feccie che si accumulano nel retto intestino, il muco rettale, i gas che nell' intestino si svolgono, si arrestano o da cui si sprigionano, non che pel naturale o procurato meccanismo che serve ad effettuare gli scarichi alvini.

Siccome poi poche cose speciali trovansi notate intorno simili fistole, che per fortuna sono piuttosto rare, credo non riescirà superfluo lo esporre intorno alle medesime varie osservazioni mie proprie, nel che fare sceglierò quelle soltanto che qualche utile notizia sembranmi realmente possano apprestare. E giacchè quanto imprenderò a rendere palese non potrebbe offrire la dovuta chiarezza senza richiamare per prima cosa alla mente alcune particolari nozioni anatomiche spettanti alla regione retto-perineo-vulvo-vaginale, non tralascierò quindi d' occuparmene, per quel tanto però che all' uopo sembrami possa a sufficienza soddisfare.

L' intestino retto, è impropriamente così chiamato, perchè in realtà non tiene una retta via, ma dopo essere sôrto dalla sigmoidea del colon, da sinistra piega verso destra, e nello scendere entro la pelvi si incurva in avanti per modellarsi alla concavità del sacro e del coccige. Col suo estremo inferiore poi, nel dirigersi in basso si inclina allo indietro affine di congiungersi con un profondo rientramento della cute e con esso formare l' anale apertura.

Quest' ultima porzione d' intestino od anale rivolta allo indietro ed in basso, nell' adulta è lunga 3 o 4 centimetri, e nello scostarsi

dalla vagina e dalla vulva, lascia quello spazio che è riempito dai tessuti costituenti il perineo; il quale perineo osservato che sia alla sua superficie esterna o cutanea si presenta sotto la forma d' un triangolo la cui base guarda la regione anale, l' apice la vulva. L' altezza di questo triangolo varia secondo che la donna è nullipara, o pluripara. In quest' ultimo caso, anzi non di rado la vulva è divisa dall' ano soltanto da una briglia ristretta. Nella vergine, misura dai due centimetri e mezzo a tre; anche in questa però il perineo si assotiglia man mano si accosta alla forchetta. Al disotto della cute perineale havvi tessuto cellulo-grassoso di spessezza varia, poi la fascia superficiale e l' apparato musculare. Il muscolo che pel primo si presenta è lo sfintere esterno dell' ano. Questo muscolo si mostra a strie trasversali, è alto due centimetri, è grosso otto millimetri e costituito di diversi strati. Lo strato superiore forma un anello completo attorno all' apertura anale, l' inferiore più grosso consta di due fascetti laterali i quali hanno origine in parte dal rafe fibroso del perineo, ed in parte si incrociano ripetutamente davanti e di dietro dell' ano e si immettono nel muscolo trasverso del perineo e nel costrittore della vulva. Gli estremi posteriori dei fascetti si riuniscono tra l' ano ed il coccige in un tendine piatto che va ad impiantarsi nella superficie posteriore della quarta vertebra del coccige. Fra questo tendine e l' osso trovasi una borsa mucosa della grossezza di un pisello.

Al disopra dello sfintere esterno havvi lo sfintere interno dell' ano costituito da un anello piuttosto carnoso della spessezza di 6 a 7 millimetri, il quale anello musculare è diviso dallo sfintere esterno mediante molto tessuto connettivo grassoso, ed è formato da fibre musculari liscie ed involontarie.

Esso poi è in immediata continuazione collo strato musculare interno o circolare dell' intestino retto, il quale strato verso l' ano va ognor più acquistando in grossezza, per cui qualche volta formasi così uno sfintere interno assai lungo e consistente. È ben fatto poi anco il notare che dallo interno del retto intestino superiormente alla distanza di 6 ad 8 centimetri dall' ano si innalza obbliquamente dalla parete destra ed anteriore una duplicatura della mucosa della larghezza di 15 millimetri e conformata a falce. Contiene essa non raramente delle fibre musculari, le quali anzi qualche volta formano uno strato muscolare molto sviluppato, che da vari Autori fu descritto come un terzo sfintere (Houston, Hyrtl, Calori).

Per la presenza di questo sfintere rimanendo spesso trattenute in alto le feccie si evita perciò non di rado la uscita involontaria di materie fecali allorchè manca o non è sufficiente la funzione degli sfinteri dell' ano, come io stesso ho potuto confermare.

Collo sfintere interno poi si fondono due fascetti musculari larghi 4 millimetri, i quali partono dalla superficie anteriore del coccige, e divergendo allo innanzi ed inferiormente abbracciano a guisa di forchetta l' estremo inferiore del retto. Essi fascetti ponno trarre verso la punta del coccige l' estremità inferiore del retto quando nella defecazione sia stata spinta in basso.

Fra le varie parti costituenti il perineo non solo devesi altresì notare l' aponeurosi media, ma ben anco l' elevatore dell' ano impropriamente però così chiamato, giacchè esso non può esercitare che una debole azione sull' estremità del retto intestino, servendo principalmente invece a formare nell' apertura inferiore del bacino una specie di diaframma capace d' opporre una musculare resistenza alle forze che premono dall' alto. Alcuni suoi fascetti per altro unendosi allo sfintere esterno possono senza dubbio trarre la porzione anale verso l' alto e allo innanzi ed associarsi nella loro funzione alle fibre longitudinali liscie, ossia fare scivolare l' orifizio anale lungo e al disopra delle masse fecali.

Da ambo i lati dell' estremo inferiore dell' intestino retto fra la faccia inferiore dell' elevatore dell' ano e la faccia interna dell' ischio, o meglio del muscolo otturatore interno vi ha uno spazio piramidale riempiuto di tessuto cellulare grassoso. L' intestino retto poi dal limite della sua porzione anale portandosi in alto fino alla plica del Duglas giunge così all' estremo superiore della parete posteriore della vagina ove per l' estensione di mezzo centimetro è separata dal retto stesso mediante il peritoneo. Più in basso la vagina è unita ad esso retto intestino per mezzo di tessuto cellulare fitto, per cui le due pareti sono quasi scambievolmente accollate, mentre invece inferiormente fra le due pareti stesse si trova del tessuto cellulo-grassoso, e per tal modo ha origine la formazione del setto retto-vaginale.

Fra i vasi del retto intestino meritano speciale considerazione l' arteria emorroidale superiore, le due arterie emorroidali medie, e le due arterie emorroidali inferiori od esterne. Le vene del retto formano un intreccio a larghe maglie il quale è molto sviluppato nel tessuto cellulare sottomucoso in corrispondenza dello sfintere esterno dell' ano.

Altro simile intreccio comunica col testè indicato mediante grossi rami che passano attraverso le fibre dello stesso esterno sfintere anale.

Ometterò quì d'esporre gli studi d'embriogenia del retto intestino e dell'ano fatti singolarmente in questi ultimi tempi dall'Ecker (1), dal Kölliker (2), dal Götte (3) per dare ragione del modo con cui hanno origine le anomalie dell'ano e di esso retto intestino, nè tampoco mi fermerò sulle osservazioni teratologiche eseguite da Roux di Brignoles, da Bouisson, da Blot, da Goyrand, da Esmarch (4), da Brumont (5), da Amabile (6) per indicare le loro varietà, giacchè ciò sarebbe forse superfluo. Non intendo per altro dispensarmi dal dire alcune cose intorno l'ano vulvare, perchè questo forma parte dell'argomento di cui amo ora occuparmi, e perchè all'appoggio non solo dei casi da me già pubblicati (7), ma altresì di uno da me di recente operato, potrò meglio chiarire alcuni particolari risguardanti il processo che io ho immaginato per togliere simile anomalia, e così dileguare quei dubbi che da taluno intorno al medesimo vennero affacciati.

E perchè ciò meglio si comprenda sarà ben fatto lo esporre precipuamente le particolarità da me osservate in questa anomalia, nel qual modo sarà reso aperto che almeno nella generalità dei casi, tutto al più con semplici variazioni, può all'uopo debitamente soddisfare il mio processo.

Noterò adunque che nella prima fanciulla in cui osservai essa anomalia, l'apertura anale alla vulva mostravasi di sufficiente ampiezza e debitamente dilatabile, il gran labbro e la ninfa del lato destro aveano molto maggiore sviluppo che a sinistra, e così dicasi della natica corrispondente e del sottostante arto pelviano. Anche il Prof. Amabile in una giovinetta avente l'ano alla vulva, rinvenne pure il

---

(1) Ecker, Icones physiologicae. Tab. XXIX. Leipzig 1859.

(2) Kölliker, Entwicklungsgeschichte des Menschen. Leipzig 1861, p. 459.

(3) Götte, Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Darmkanals. Hühncher 1868.

(4) Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters, Von Dr. F. Esmarch, Professor der Chirurgie in Kiel.

(5) Marseille Medicale 1873.

(6) L'ano vulvare e il processo del Rizzoli. Napoli 1872.

(7) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1857, 1866. Collezione delle mie Memorie Chirurgiche ed Ostetriche 1869. Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1872.

bacino un po' meno sviluppato a sinistra, col piede corrispondente più piccolo e tutto l' arto più corto d' un centimetro dell' altro. In questo caso nella regione propria dell' ano non solo ei notò una infossatura ma un forellino che corrispondea con un canaletto il quale andava ad immettersi nell' intestino retto, dal quale canaletto però non escirono mai nè umori nè feccie (1).

Nella seconda atreta da me veduta, che era una bambinella di pochi mesi, l' ano vulvare mostravasi pure sufficientemente ampio, e tale lo rinvenne anche il Förster in un caso in cui all'ano vaginale era congiunto il prolasso del retto intestino. Questo prolasso, che prima del Förster non era stato da alcun altro osservato nell' ano vulvare, pare siasi rinvenuto, sebbene in piccol grado, di recente anche dal Mourlon (2).

Ma nella terza delle mie atrete, che avea raggiunti i ventisei mesi, l' ano alla vulva era angustissimo e poco dilatato, e del pari angusta mantenevasi l' estremità del corrispondente retto intestino per oltre un centimetro; la quale poi come nella prima fanciulla da me osservata era strettamente unita alla corrispondente parete vaginale mediante tessuto molto stipato, del che mi accorsi nell' atto che eseguii l' operazione. Mentre poi isolava posteriormente l' intestino, potei notare che quella regione era occupata da grosso e resistente tessuto connettivo, il che fu pure osservato dall' Amabile nella giovinetta che operò col mio processo. Nella regione propria dell' ano vidi nell' anzidetta fanciulla che la cute foggiavasi a mo' di piccola cresta, il Guillon invece in un caso da lui descritto vi rinvenne un grosso lipoma peduncolato (3).

Nella quarta bambina che mi venne presentata, e che avea 19 mesi, lo sbocco dell' ano alla vulva era parimenti assai ristretto per cui tale era lo stento nello emettere le feccie da cagionare di sovente assai penose enteralgie. In essa lei nella regione normale dell' ano rinvenni una cicatrice susseguita a due incisioni appositamente ma inutilmente fattevi affine d' ottenere per quella via la emissione delle feccie (4).

---

(1) Amabile, L' ano vulvare e il processo del Rizzoli. Napoli 1872.

(2) Gazette des Hopitaux 13 Janvier 1874.

(3) Guillon, Anus vulvaire congéneal, avec diverses complications. Recueil des travaux de la Société médicale de la Seudre 1847.

(4) In un' altra mia Memoria feci conoscere che il Valle fu il primo ad aprire in una bambina affetta da questa anomalia artificialmente il retto in-

Nella quinta, che era una giovinetta di 14 anni, l' ano vulvare rasentava l' imene, e vedevasi rientrante ed infossato. In questa giovinetta la porzione d' intestino poggiante sul perineo formava una insaccatura a guisa di gozzo di gallina, mentre poi nell' atto operatorio si rinvenne la parete anteriore dell' intestino stesso più breve di quello che in simili casi d' ordinario si osserva, ed unita alla corrispondente vagina mediante tessuto lasso, di guisa che nella dissezione potè essere facilmente separato da essa.

Nella sesta che fu una bambina di circa tre mesi l' ano alla vulva era pure angusto.

E finalmente nel cadaverino di un' altra bambina morta pochi mesi dopo la nascita avente l' indicata anomalia, e che esaminammo col Prof. Taruffi, notammo che le parti generative esternamente osservate apparivano normali, soltanto la clitoride era un po' più grossa dell' ordinario, e di più divaricando le grandi labbra vedevasi il vestibolo senza traccie di vagina e di imene. In esso vestibolo, posto alquanto profondamente, sboccava l' uretra e al di sotto di essa il retto intestino con un pertugio assai angusto, motivo per cui l' ano mancava nella regione normale. L' estremità inferiore del retto intestino oltrechè formava una gran curva per dirigersi e sboccare nella regione della forchetta, per un tratto di oltre tre centimetri conservavasi del pari ristrettissima, fatta specialmente considerazione al suo tratto superiore che si sarebbe detto convertito in una ampiissima cloaca. Fra l' uretra la vescica e l' intestino non solo non vi era traccia di vagina, ma neanche di matrice e neppure delle sue appendici, quelle parti trovavansi invece assieme riunite per tessuto connettivo. Tale mancanza di canale vulvo-uterino fu pure osservata dal Falaschi nel cadaverino di una neonata affetta dalla anomalia anale di cui ci occupiamo, congiunta a mancanza del coccige e della metà inferiore del sacro, ad

---

testino nella regione normale dell' ano. Onde poi impedire che l' artificiale apertura si richiudesse, vi insinuò una cannula d' argento ricoperta da una membrana o tunica intestinale. Conviene ora aggiungere che dopo di lui il Monteggia, affine d' obbligare le feccie a passare per la via retta, consigliò pure di aprire l' intestino nella regione normale, di prevalersi a tal' uopo di una sonda introdotta per l' apertura esistente in vagina o nella vulva, e di riempire poscia la vagina con una torunda acciocchè dalla impropria apertura anale l'escita delle feccie non si effettuasse, e più facilmente se ne ottenesse la chiusura.

alterazioni di struttura assai rimarchevoli nella pelvi e nell'arto inferiore del lato sinistro, ed a tante altre imperfezioni da non esser conciliabili colla vita (1).

Nel cadaverino poi della bambina da me sopra ricordata rinvenimmo pure un solo rene, ma piuttosto voluminoso, da cui sorgevano due ureteri, i quali dopo breve tratto si congiungevano in un solo sboccante a sinistra nella vescica urinaria. Posteriormente nella parete di essa vescica vedeasi una sporgenza triangolare che costituiva un ampio diverticolo il quale poi comunicava mediante una piccola apertura colla vescica stessa.

Il Prof. Amabile (2) esternò il dubbio che in questo caso si trattasse piuttosto di una ipospadia, ma ciò non è, giacchè regolare è la struttura non solo delle grandi, ma benanco delle piccole labbra, l' uretra è appena lunga un centimetro e retta, oltre di che mancano la prostata, le vescichette seminali, ed i testicoli.

Da quanto ho esposto rimane adunque confermato che la ricordata anomalia dell' ano d' ordinario si rinviene scevra da quelle complicazioni che potrebbero rendere frustaneo il processo operatorio da me immaginato al fine di toglierla, e che consiste nel trapiantare la estremità del retto intestino fisso alla vulva nella regione che naturalmente le spetta, usando la cautela di conservare lo sfintere da cui l' apertura dell' ano rimane nella regione della vulva stessa attorniata.

Questa operazione venne da me eseguita per la prima volta nella fanciulla che ho di sopra per prima ricordata, ed accolta in Clinica il 13 Maggio 1867 (3). Quantunque in essa lei l'ano vulvare fosse di tale ampiezza da permettere una facile defecazione, tuttavia nello escirne che facean le feccie, dirigendosi ed insinuandosi le medesime per entro la vulva, e per tal modo rendendola immonda, la fanciulla fermò il pensiero di liberarsi di simile sconcezza. E fu ben cosa lodevole il compiacernela, avvegnacchè fattasi adulta le sue parti vereconde conservandosi in quelle regolari condizioni in cui vennero poste mediante l'operazione, non fu restia al suo amante rendersi sposa, e così divenne

---

(1) Rivista Scientifica. Siena 1871.

(2) Opera citata.

(3) Rendiconto dell'Accademia delle Scienze di Bologna 1856-57. Memorie della stessa Accademia 1857-58, e Collezione delle mie Memorie Chirurgiche ed Ostetriche 1869.

madre di varii figliuoli. I parti procedettero in modo regolare rimanendo soltanto dopo di essi il perineo di minore spessezza, senza che ne sorgesse incomodo o disturbo alcuno, e come in buon numero di donne anche quando il parto effettuasi naturalmente suole avvenire.

In altre fanciulle però affette dalla medesima anomalia e nelle quali, come superiormente resi pur noto, l'apertura anale alla vulva era così angusta da rendere non solo stentata ed incompleta la defecazione, ma da determinare disturbi intestinali di molta entità, convenne perciò modificare alquanto il processo, non limitarsi quindi al semplice trapiantamento del deviato intestino, ma ingrandire in pari tempo l'angusta anale apertura, quanto poteasi richiedere per dare libero passaggio alle feccie.

Questo modo di procedere ottenne il favore di distintissimi chirurghi, anzi torna acconcio il ricordare che lo stesso illustre Stoltz mediante un suo Rapporto letto alla Società di Medicina di Strasbourg nella seduta del 2 Marzo 1867 (1) dichiarò meritare il mio processo la preferenza sui già conosciuti, compreso quello del Dieffenbach e del Nelaton (2).

Ora conviene aggiugnere che dopo la lettura di quel Rapporto essendosi aperta sull'argomento la discussione, il Chiarissimo Prof. Herrgot prese la parola per esporre intorno al medesimo la sua opinione ed indicare il processo operatorio col quale ei poi sentivasi disposto di rimediare all'indicato vizio di conformazione (3). Altrettanto pure egli dichiarò in un'altra Seduta, in quella cioè del 7 Marzo 1872 in cui tornossi a discutere sullo stesso argomento (4).

Rizzoli, egli dice, ha immaginato un processo assai ingegnoso che consiste nello incidere longitudinalmente il perineo dalla commessura posteriore della vulva fino verso il coccige, nello staccare il retto ed isolarlo completamente dalle parti circonvicine, nel dividere le parti molli piuttosto grosse che trovansi posteriormente al davanti del coccige per potere meglio riporre l'intestino nella sua posizione normale, avendo cura di conservare gli sfinteri, e nel riunire poscia le parti molli ante-

---

(1) Gazette Médicale de Strasbourg, 21 Mai 1867.
(2) Nelaton, Élémens de Pathologie Chirurgicale. Paris 1859. Vol. 5. p. 34.
(3) Gazette Médicale de Strasbourg, 21 Mai 1867.
(4) Memoires de la Société de Médecine de Strasbourg. Tome Neuvieme 1872.

riormente divise. Però, aggiunge l' Herrgot, questo processo deve offrire delle difficoltà nella sua esecuzione, specialmente allorquando il setto retto-vaginale è molto sottile, e deve essere esteso il distacco dell' intestino. Oltre a ciò l' Herrgot teme copiosa emorragia, e le suppurazioni, che come egli afferma, potrebbero gravemente compromettere la salute delle operate.

Valutato tutto questo ei ritiene impertanto che in simile anomalia possa essere sufficiente, come il Goyrand avea già praticato da parecchi anni, l' incidere longitudinalmente fino verso il coccige il perineo e l' intestino, cominciando l' incisione dall' apertura anale, e di lasciare poscia cicatrizzare la ferita nel suo tratto anteriore. L' inconveniente di questo processo sarebbe, ei dice, senza dubbio quello il comprendere nella incisione tutto o in parte lo sfintere esterno, ma ciò egli non teme perchè nella operazione della fistola all' ano si fa di sovente altrettanto senza che avvenga l' incontinenza delle materie fecali, almeno nella maggioranza dei casi. Ed alle osservazioni intorno al danno vero che può derivare dall'estesa offesa dello sfintere esterno che gli vennero fatte dal Boeckel rispose, che per evitare gl' indicati inconvenienti bastava rispettare lo sfintere interno. Ma questo è ciò, io dico, che non può farsi, giacchè necessariamente conviene dividerlo per ampliare nell' anzidetto modo l' anale apertura. Oltre a ciò è a riflettersi che così operando, l' anteriore parete del retto intestino continua a rimanere rivolta verso le pudende, e in causa di questo l' orlo dello sbocco anale, quantunque aperto, rimanendo nullameno fisso alla forchetta, permetterà indubbiamente alle feccie di dirigersi nell' atto della defecazione in avanti e di continuare a lordare la vulva.

Alcuni appunti furono pur mossi al mio processo dall' illustre Prof. Amabile mediante il suo eruditissimo lavoro sull' Ano vulvare (1). Dopo aver egli esposto la storia d' un caso di simile anomalia da esso lui osservato in una giovinetta di 13 anni affetta da vaginite e pustole piatte sviluppatesi per deflorazione impura, rende noto che guaritala di questa malattia la sottopose al mio processo operatorio, per togliere in lei l' anomalia da cui era pure affetta. L' esito riescì felice e tale si mantenne, giacchè rivedutala un anno dopo le funzioni del retto intestino e dell' ano mantenevansi perfettamente bene, e mai più si

---

(1) Amabile, L' Ano vulvare ed il processo del Rizzoli. Napoli 1872.

verificò in lei alcuno degli incomodi precedentemente sofferti. L' osculo vaginale però continuava a mostrarsi, come prima, arrovesciato di sotto l' orlo mucoso per un terzo della lunghezza del perineo occupato da forte cicatrice, e l' apertura anale vedevasi un po' più infossata, ma sempre però giustamente stretta e dilatabile, ed il tramezzo cicatriziale del tutto liscio più sporgente al disopra dell' ano e diminuito di qualche millimetro nella sua spessezza.

Sebbene, scrive l' Amabile, il risultamento pratico avuto dall' operazione in simile caso abbia senza dubbio a dichiararsi buonissimo, e possa stabilirsi che il processo operatorio è realmente semplice ed efficace, nullameno corre il debito di ricercare in che modo tale risultamento possa rendersi sempre più sicuro e perfetto; imperocchè il processo del Rizzoli incontestabilmente meno semplice di quello del Goyrand, che può dare anch' esso risultamenti pratici buoni, non avrebbe ragione di essere, laddove non desse risultamenti sempre più splendidi dal lato della ricostituzione delle parti. E prendendo a rivedere ciascun atto operatorio comincia però dal confermare che le manovre nel loro insieme sono meno difficili di quanto potea prevedersi. L' incisione ano-perineale non a torto è prescritta ampia giacchè non manca un poco di retrazione nell' angolo posteriore della ferita, e giova moltissimo il provvedervi. Le manovre per l' isolamento dell' intestino sono abbastanza delicate, sopratutto durante il distacco della parete anteriore del retto dalla parete posteriore della vagina, ma riescono d' un grande aiuto nell' eseguire questo distacco la calma nell' operare, l' uso delle forbici più che del bistorino e il dito immesso nel retto.

È certo, continua a dire l'Amabile, che la parte anteriore dell' elevatore dell'ano viene con ciò del tutto sacrificata, naturalmente brevissima in conseguenza del vizio di conformazione, essa risulta trasversalmente divisa; ma questo non nuoce, sapendosi che i fasci anteriori come i posteriori sono quelli che meno servono, e che propriamente servono i laterali o medii. È certo poi che l' estremità rettale una volta distaccata cade in basso da sè e ciò costituisce un momento molto gradevole dell' operazione, mentre che l' ampliamento dell' apertura anale ottenuto mediante l' incisione longitudinale d' un piccolo tratto del retto, non solo non reca inconvenienti ma permette di vuotare largamente l' intestino dai materiali che sempre sono più o meno esuberanti. E così pure l' incisione del tessuto denso posto al di dietro dell' estremità rettale deviata, all' innanzi della curvatura del sacro, è

anche esso un momento dell'operazione assai degno d'esser considerato per meglio allogarvi l'intestino e per la migliore disposizione che deve darsi all'elevatore dell'ano.

Ma ciò di cui l'Amabile si preoccupa si è il modo d'eseguire la sutura, giacchè qualora non fosse a dovere compita il sangue si raccoglierebbe nel cavo della ferita, la parete anteriore dell'intestino si potrebbe retrarre, ed il perineo non riescire delle desiderate dimensioni. Ritiene egli perciò doversi cercare d'ottenere la riunione immediata del perineo ad ogni costo e nelle più perfette condizioni spingendo anche un poco più innanzi i modi fin quì adoperati per ottenerla. Il Rizzoli, egli scrive, ultimamente dopo aver detto come venga ben trattato col suo processo l'apparato musculare ano-perineale, riducendo il numero dei punti a due soli, e rendendo anche così più semplice l'operazione ha mostrato di accettare senza difficoltà il saldamento per riparazione graduale. Ma in questo, continua a dire l'Amabile, ci troviamo in un ordine d'idee abbastanza diverso, giacchè sono dell'avviso di tentare la riparazione immediata indispensabilmente, ed un po' meglio di quello finora siasi fatto, acciocchè il risultato finale riesca più perfetto. Senza questa condizione, anche l'Amabile, sembrerebbe disposto a preferire soltanto la dilatazione dell'ano vulvare, col patto però che venga contemporaneamente escisa la doccia mucosa che rimane anteriormente all'apertura anale procurata dal chirurgo, perchè ivi la ferita si cicatrizzi e in qualche modo si formi così un perineo.

Alle osservazioni di questo illustre chirurgo comincierò dal rispondere che se lodevolissimo è il desiderio di costituire le parti nella maniera più perfetta, non è però meno vero che moltiplicando ed approfondendo maggiormente i punti di sutura, questo risultato, stando almeno alla esperienza mia propria, tanto meno facilmente si ottiene. Si rileggano le varie osservazioni da me altrove esposte (1) e si farà aperto, che per fatto della sutura, quantunque molto più mite di quella che l'Amabile propone, in alcune operate insorsero fenomeni tali da impedire il coalito immediato dei tessuti, mentre ogni fenomeno rilevante

(1) Rendiconto dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1856-57, 1866-67. Memorie della stessa Accademia 1856, 1857, 1866. Collezione delle mie Memorie Chirurgiche ed Ostetriche, 1869. Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1872.

sparì tolta che fu la sutura, ottenendo poi la riunione graduale dei tessuti in modo da costituire un perineo lodevolmente conformato ed un ano funzionante nella maniera più perfetta.

L' osservazione anatomica poi svelò il modo con cui questo si effettua. E di vero una delle fanciulle da me operate, in cui non si potè ottenere la riunione immediata delle parti divise dopo avere a lungo goduto di una fiorente salute, e di non aver mai sofferto alterazione alcuna nella parte operata, che funzionò sempre colla maggiore regolarità, fu colta da lenta e ribelle epatite che a morte la trasse. Desideroso di conoscere come si rinvenissero i tessuti su cui venne eseguita l' operazione e specialmente in quale stato si trovasse l' apparato muscolare ano-perineale (1) ne venne fatta l' autopsia.

Osservata questa regione si vide che la fessura delle natiche, coi suoi bordi molto accostati e piuttosto profondi, si estendeva dalla punta del coccige fino alla vulva. Di questa fessura divaricando i bordi si notò che la pelle fornita di alcuni esili peli si introfletteva per quattro millimetri, attorniava la nuova apertura anale che era nella regione dovutale, ed infine si continuava colla mucosa intestinale dotata di crespe longitudinali. Per tal modo l' estremità del retto intestino si congiungeva con quel rientramento della cute che anche nello stato normale concorre a formare l' anale apertura. Lo sbocco anale dell' intestino retto poi fisso nella regione in cui era stato condotto, era separato dall' osculo vaginale mediante un tessuto compatto cicatrizio. Tolta la cute, apparve tosto divisa la incrociatura che nella donna fanno i muscoli al perineo a guisa d' un otto di cifra; così pure sezionando cotesti muscoli e gli elevatori dell' ano se ne osservò un maggiore sviluppo a sinistra. Lo sfintere esterno era manifesto ed avea sua sede nella regione ordinaria, con questa differenza però che i suoi fasci partendo dal coccige e divaricandosi in due branche in luogo d' abbracciare direttamente l' estremità del retto circondavano l' introflessione cutanea. La branca destra anteriormente raggiungeva il costrittore della vagina dello stesso lato e si confondeva col medesimo, posteriormente alcuni fasci di essa s' inserivano nel tessuto compatto interposto fra il retto e la vagina. La branca sinistra si continuava quasi in

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna Serie 5. Vol. 14: pag. 241. Bologna 1872.

totalità coi fasci corrispondenti del costrittore della vagina. I due muscoli trasversali vedevansi divisi pressochè nel loro punto d' unione. L' intestino retto seguiva regolarmente la curva del sacro per isboccare nella regione dovutagli. Presentava inoltre la tonaca fibrosa esterna notevolmente inspessita, la quale si ingrossava maggiormente verso il tessuto cicatrizio descritto, e si fondeva con esso. Il tessuto cicatrizio interposto fra i due canali avea approssimativamente *la figura di un piccolo cono colla base della lunghezza di sei millimetri rivolta alla cicatrice cutanea nel tratto ove formava il perineo*, dal che ne risultava che l' estremità del retto e della vagina doveano rimanere debitamente disgiunte l' una dall' altra. La presenza dello sfintere interno era manifesta.

In questo caso adunque notammo che mediante il mio processo, quantunque non potesse trarsi profitto alcuno dalla sutura, tuttavia le parti si modellarono nella maniera la più desiderabile. Il perineo era forte e di sufficiente lunghezza; l' apertura vaginale e rettale in buona posizione ed a quest' ultima corrispondeva, come notai, quel rientramento cutaneo profondo che nello stato normale concorre a formare l' apertura anale istessa. Era dessa mantenuta disgiunta dalla vagina e rivolta allo indietro mediante il tessuto cicatrizio di figura triangolare che dissi avere la sua base verso la cutanea cicatrice e trovarsi intromesso fra l' estremità della vagina e del retto.

Affine poi di maggiormente mostrare quanta utilità si possa ricavare risparmiando per quanto è possibile, specialmente nelle piccole bambine, la sutura (giacchè nelle grandicelle potrà essa ottenere più utili applicazioni, sia perchè in queste può meglio curarsi la nettezza delle parti, impedire il contatto delle urine e delle feccie, prestandosi esse medesime a debitamente raccoglierle) esporrò in breve la storia dell' ultima operazione eseguita in una bimba affetta dalla indicata congenita anomalia, nata da 25 giorni ed accolta in un colla propria madre, che l' allattava, il giorno 17 Novembre dello scorso anno 1873 nella mia Sezione allo Spedale Maggiore. Lo sbocco del retto nella forchetta era in essa lei angustissimo, e non poteva ammettere che un sottile specillo, il quale introdottovi facea conoscere l' estremità inferiore di esso intestino notabilmente ampliata. La regione perineale fino al coccige era liscia, un piccolo infossamento cutaneo appariva ove avrebbe dovuto corrispondere l' orifizio anale. La bambina si vedeva molto soffrire, e di frequente, massime per tensione di ventre e per la difficoltà che il meconio ispessito

incontrava nell' escire dall' angustissima apertura ano-vulvare, le cui adiacenti parti trovavansi in uno stato di turgore e di irritazione. Vedendo la necessità di rendere facile la emissione delle materie che in copia raccoglievansi nell' ampolla rettale il giorno stesso la feci operare, me presente, dall' abilissimo mio Assistente Dott. Medini, nel modo seguente.

Postola su di un cuscino piuttosto duro, supina, colle coscie flesse sul bacino e tenute divaricate da due Assistenti, fu introdotta a piatto la lama di uno strettissimo bistorino bottonato nell' apertura anale, e rivolto il tagliente in basso nella direzione del rafe, fu fatta una incisione dei tessuti a tutta spessezza fino al di là del punto in cui corrispondere dovea l' ano normale e cioè ad un centimetro di distanza dal coccige. Trattandosi di una bambina così piccola, come è facile lo immaginare, questa incisione non riescì molto lunga, e fu facile con forbicine curve nel piatto il togliere i deboli attacchi che lateralmente ed in avanti avea colla vagina l' estremità ricurva del retto intestino. Per tal guisa essa porzione staccata cadde allo indietro e si collocò nel posto dovutole, e così il meconio scaricossi tosto per quella via in gran copia dirigendosi posteriormente. Non ebbesi che incalcolabile perdita di sangue la quale si arrestò da sè. L' estremità del retto intestino in cotale guisa divisa e collocata, si restrinse in modo da non trovare conveniente se non il fissarne l' orlo anale anteriore nel posto che naturalmente gli spetta per mezzo di due punti di sutura interrotta che annodati furono su labbri corrispondenti del tessuto cutaneo diviso. La piccola ferita superstite, in avanti rimanendo un po' incavata, ove avea avuto ricetto l' estremità dell' intestino, non la volli riunire mediante profondi punti di sutura, e ciò pel timore che forzando il contatto dell' interna superficie cruenta si destassero violenti fenomeni di flogosi, e che ad onta di ogni maggior cura rimanesse anche così un qualche piccolo spiraglio entro cui raccogliendosi gas, umori, o porzioncelle di materie stercoracee, obbligassero poi a riaprirla. E siccome d' altronde appariva che tenendo ravvicinate le coscie le opposte superficie della ferita rimanevano abbastanza bene accostate, mi limitai, dopo averle sovrapposta una semplice medicatura, a mantenere ravvicinate le coscie stesse mediante una comune fasciatura.

Quantunque nel fissare l' intestino nei due anzidetti labbri si cercasse di comprendere buona parte di tessuto cutaneo, nel mattino susseguente era già caduto quello posto a sinistra per erosione delle parti molli compresevi. Nel giorno dopo venne levato quello di destra perchè al-

trettanto da questo lato si minacciava. Ad onta di ciò l' estremità del retto intestino avendo già prese delle aderenze non si smosse dalla datale posizione. Grado grado non attenendosi che alla semplice pulitezza delle parti per mezzo di ripetute lavande con acqua tiepida, frapponendo fra i bordi della ferita, resasi suppurante, globetti di fila, affine di vieppiù obbligare l' anteriore parete del retto a non allontanarsi dalla datale posizione, ed altresì regolando il saldamento della ferita per cicatrizzazione graduale nel modo più acconcio la ferita perfettamente rimarginossi a capo di un mese, per cui la bambina in un colla madre furono rinviate alla propria casa.

Rivedutala di nuovo alla fine del Settembre di quest' anno allo Spedale, ove dalla stessa lietissima madre fu appositamente condotta, l' ano avea acquistata la sua naturale conformazione, era distante circa due centimetri dalla punta del coccige, ed il perineo superava un centimetro in lunghezza. La cicatrice perineale simulava il rafe, appariva assai bene la commessura inferiore della vulva, l' apertura vulvare e l' imene erano integri. In una parola a mala pena si sarebbe detto che quella bambina, fattasi già robusta, fosse stata operata, e nel modo anzidetto.

Ora provato avendo non essere necessario il ricorrere ad indaginose suture perchè il mio operatorio processo possa offrire risultamenti molto soddisfacenti, mettiamo a confronto questa semplice e felice operazione coi risultati che ponno aspettarsi attenendosi invece al più o meno grande ampliamento dell' ano esistente alla vulva. In questo caso, se non si è che allargata l' anale apertura, come consigliò il Goyrand, e molto prima di lui il Morgagni, non si provvederà che alla stentata emissione delle feccie, ma l' ano rimanendo nullameno col suo orlo anteriore fisso alla vulva, non si eviteranno, come già dissi, i soliti inconvenienti nell' atto in cui le feccie verranno emesse.

Se poi aperto ampiamente l' ano vulvare, come lo stesso Goyrand propose, si uniranno insieme nei due risultanti labbri della ferita la mucosa del retto colla corrispondente cute, si otterrà bensì d' impedire che l' ano vulvare ampliato di nuovo si restringa, come qualche volta è accaduto senza usare simile precauzione, ma necessariamente rimarranno anche così allontanati e disgiunti alcuni musculi del perineo, l' apertura anale non sarà che in modo imperfetto in relazione coll' esterno sfintere, comprenderà tuttavia la vulva, e quivi rimanendo superstite ed aderente il corrispondente orlo anale, non si formerà neppur traccia di perineo e le feccie continueranno perciò ad immondare la vulva.

Che se dopo aver spaccato nella maniera anzidetta l'ano vulvare, perchè un perineo si formi avrassi cura, come l'Amabile consiglia, d'escidere per un certo tratto anteriormente la doccia mucosa costituita dalla interna parete rettale ivi rimasta aderente, così operando non si potrà approfittare dello interno sfintere che rimarrà nel posto improprio e compreso nella cicatrice che ne seguirà, con danno della funzione defecativa.

Se per contrario, come venne fatto nella bambina di cui ho dato la storia, dopo avere diviso il perineo e l'intestino, piuttosto che escidere, come consiglia l'Amabile soltanto la mucosa che cuopre la doccia rettale, si separi dalla vagina e dagli adiacenti laterali tessuti, il tratto breve di parete intestinale che concorre a formare l'indicata doccia, e ciò si faccia colle forbicine nel modo agevole e sicuro che io consiglio, e quel tratto di parete intestinale di cotal guisa non privato della mucosa che internamente lo riveste sia in basso fissato mediante due soli punti di sutura, e posto nella regione che all'ano compete, in allora l'apertura anale resa così ampia, ben presto coartandosi, assumerà la naturale configurazione, la parete intestinale anteriore nell'indicato posto fissata obbligherà le feccie a prendere la direzione normale, e conservandosi, sebbene diviso, l'interno sfintere, per la sua presenza e per trovarsi l'apertura anale in corrispondenza anche dello sfintere esterno le funzioni del retto si compieranno con piena normalità. Oltre poi a ciò i muscoli perineali in modo debito assieme agglutinandosi si formerà in pari tempo quel tessuto cicatrizio capace di costituire un perineo robusto che di poco o in un modo inconcludente si scosti dall'ordinario.

La quale mia maniera di vedere è poi in accordo con quanto non è molto consigliò l'Esmarck (1), il quale dopo avere esso pure passati in rassegna i varii processi proposti per la cura dell'ano vulvare, in sostanza si attiene al processo operatorio da me già raccomandato, e che devo ritenere sia a lui ben noto, non avendo egli omesso nella Bibliografia che fa precedere alla sua Memoria di citare il Rapporto, che, come dissi, fece del mio processo, e con favore, lo Stoltz alla Società di Medicina di Strasbourg fino dall'anno 1867 (2).

---

(1) Die Krankheiten des Mastdarmes und des Afters, Von Dr. F. Esmarch, Professor der Chirurgie in Kiel.

(2) Gazette Médicale de Strasbourg 1. Serie, 25 Mai 1872.

Essendomi per quanto ne fo stima a sufficienza occupato dell' ano vulvare congenito e della cura che meglio può convenirgli, passerò ora a dire delle fistole vulvo-rettali la cui guarigione è d' ordinario assai più malagevole di quello nol sia quella dell'ano vulvare medesimo. Darò quindi principio con una osservazione la quale è ben fatto non vada dimenticata avuto riguardo al modo speciale con cui si effettuò la guarigione della fistola.

OSSERVAZIONE PRIMA

Fistola vulvo-rettale. Spaccatura del tramite fistoloso in un col perineo. Successivo congiungimento del perineo stesso per forte cicatrice. Guarigione della fistola.

Lisa Venturi d' anni 26, servente, derivò da una madre che morì per cancro uterino; il padre rimase privo di vita per grave traumatismo. Nella fanciullezza ella fu soggetta ad affezioni strumose che sparirono mediante l' uso dell' olio di fegato di merluzzo. Goduta avendo di poi buona salute, a 23 anni cominciò a soffrire di stitichezza, per cui pativa estremamente nell'evacuare, e perdeva sangue dal podice in molta copia. Esplorata da un chirurgo rinvenne delle ragadi all' ano che guarirono dopo sei mesi di cura. Questa guarigione fu però di breve durata avvegnacchè non tardarono a riaffacciarsi dolori al podice ed all' estremità inferiore del retto, le feccie evacuate erano commiste a sangue ed a pus, umore mucoso colava dalle parti genitali, e poco dopo dalla vulva pure ebbe luogo un passaggio di marcia e di materie fecali. Per curarsi di questo male il 27 Marzo dell' anno 1871 fu posta nella Sezione da me diretta allo Spedale Maggiore.

Esaminata la giovane rinvenni che il gran labbro destro della vulva per difetto congenito era in gran parte mancante. Alla forchetta trovavasi un' apertura circolare delle dimensioni di un centesimo, a bordi fungosi e tramandante pus, e questo foro era in comunicazione diretta col retto intestino poco sopra il margine anale. L' apertura intestinale avea pressochè le dimensioni della vulvare, ai contorni dell' ano vedevansi alcuni tumoretti emorroidari, il retto intestino nella sua interna superficie presentava delle più o meno grosse granulazioni di natura strumosa, in alto ed in corrispondenza del terzo sfintere o superiore, esso intestino era stenotico.

Prima di pensare a guarire la fistola ritenni indispensabile il

sottoporre la giovane ad appropriata cura antiscrofolosa, mediante la quale si ottennero notevoli miglioramenti nelle condizioni morbose del retto intestino. Dopo di ciò essendo essa molto infastidita pel passaggio dalla vulva del pus e delle materie fecali che attraversavano la fistola, e non migliorando questa coll' uso dei caustici insistette per esserne liberata.

Come è noto la guarigione di simili fistole retto-vulvari ben di rado si ottiene mercè i varii processi di sutura consigliati per obliterarle attesa la particolare anatomica struttura della regione in cui le medesime si formano, e come saggiamente in singolar modo mostrollo il Simon; mentre invece per quanto fu affermato dal Velpeau, all' appoggio dell' esperienza propria, esse fistole in generale guariscono benissimo trattandole come le fistole all' ano (1). Il Burci (2), il Nelaton, il Ricord ed altri (3) affermano pure che quando queste fistole hanno resistito alla cauterizzazione ed alla sutura in qualsiasi maniera eseguita bisogna praticare una operazione simile a quella della fistola all' ano, devonsi incidere cioè tutte le parti molli del tramite fistoloso inclusivamente al perineo, ed introdurre degli stuelli in guisa da dirigere la cicatrizzazione delle parti profonde verso i tegumenti. Ma se noi poniamo mente, che di cotale guisa operando il perineo è messo in condizioni pressochè identiche a quelle in cui trovasi allorquando nell' atto del parto rimane profondamente del tutto diviso, e se tutta la fede accordare volessimo alle asserzioni di coloro i quali affermano essere poste in causa di questo ultimo disgiungimento le donne in condizioni miserabilissime (4), non saremmo per certo tentati nei casi di fistole retto-vulvari a fare di tale operatorio processo l' esperimento.

Fortunatamente però nel maggior numero dei casi almeno, a dir vero, questo pericolo non è a paventarsi. E difatti Peu, Puzot, Huguier, Cloquet, Sedillot, Cazeaux ed altri hanno ottenuta la guarigione di

---

(1) Nuovi elementi di Medicina operatoria. Firenze 1835, pag. 773.

(2) Burci, Sulla fistola all' ano. Commentario. Pisa 1857, pag. 19.

(3) Élemens de Patologie Chirurgicale. Vol. 5. 1859, pag. 819.

(4) Roux, Wasseige, Description des déchirures du périnée. Liege 1861. Dieffenbach, Langenbeck, Simon Umé Annales de la Société Medico-Chirurgicale de Liege 1874. N. Charles, Résumé statistique et clinique de Cent opérations pratiquées dans des accouchements difficiles. Bruxelles 1874.

vaste lacerazioni perineali senza la sutura, ed io pure nella mia lunga pratica Ostetrica ne ho osservato non pochi casi in cui quantunque la lacerazione fosse estesa a non piccolo tratto di retto intestino nullameno si ottenne la formazione di una cicatrice nel tratto diviso sufficiente per impedire la incontinenza delle materie fecali liquide e dei gas, e per evitare altri incomodi più o meno gravi. Altrettanto del pari mi affermarono d' avere osservato gli onorevoli Colleghi ed Ostetrici Belluzzi e Romei (1).

Ciò posto, e fermo nel proposito di regolare la cicatrizzazione della perineale divisione nei modi che si rendono più acconci ad ottenere la formazione di un nuovo perineo, o di un ponte o sepimento retto-vulvare più o meno grosso e consistente, e disposto essendo altresì di ricorrere alla perineorafia qualora malauguratamente colla indicata apertura della fistola non avessi raggiunto il desiato intento, mi attenni allo indicato partito, che mi parve tanto più giustificabile, fatta considerazione alle profonde alterazioni di struttura avvenuta nei tessuti adiacenti alla fistola, che sebbene cruentati, non poteano perciò rendersi disposti alla riunione immediata, precipuo scopo della cruenta sutura.

L' incisione completa della fistola in un col perineo fu eseguita il giorno 21 Maggio 1871, ed il 10 Luglio se ne era già ottenuta la guarigione, ma non già colla separata cicatrizzazione dei bordi della ferita, non già per un abbassamento graduale del setto retto-vaginale, ma invece con una scambievole cicatrizzazione dei labbri della ferita stessa effettuatasi dopo aver suppurato.

E di vero, ove dovrebbe esistere la commessura inferiore si riscontra ora un tessuto cicatrizio lucente rossigno robusto che prolungandosi verso l' ano, agglutina insieme i bordi della già praticata perineale incisione, costituendo così un ponte che sostituisce il perineo e che si immedesima coll' orifizio anale. Codesto tratto di tessuto cicatrizio ha la lunghezza di un centimetro e mezzo.

L' apertura dell' ano è tuttavia attorniata dai tumoretti emorroidari di sopra indicati, e lascia penetrare, come nello stato normale a

---

(1) Una volta io stesso ho fatto appositamente la sezione del perineo, perchè applicato il forcipe, ad onta delle maggiori cautele nel fare le trazioni sulla testa del feto, cominciò a formarsi un' apertura centrale del perineo minacciante d' estendersi all' ano ed al retto intestino. Ad evitare ciò preferii d' incidere il setto vulvare, la donna guarì senza che rimanesse difetto.

stento il dito indice, lo esterno sfintere poi così bene agisce da chiuderla in modo da impedire affatto la involontaria emissione delle feccie e dei gas.

OSSERVAZIONE SECONDA

Fistola retto-vulvare con tramite sinuoso nel setto retto vaginale, stenosi e fungosità del retto. Cura interna. Incisione totale della fistola in un col perineo non che del seno formatosi nel setto. Guarigione.

Il risultato ottenuto mediante questa prima operazione dovea invogliarmi a ripeterla qualora mi si fosse offerta occasione propizia, per potere anche meglio stabilire quanto vi si potea confidare. Ciò in un modo anche più ragguardevole potei effettuare in Emilia Nicoli d' anni 30 nata a Castelfranco. Era maritata da 14 anni, ma senza prole, non ebbe malattie di entità, da quattro anni erano in lei scomparse le mestruazioni. A 22 anni le si presentò un piccolo tumoretto al perineo che rimase stazionario per qualche mese senza arrecarle sofferenze, il quale tumoretto si aprì poscia alla forchetta dando escita a discreta quantità di marcia. Fatta di poi più attenta osservazione si accorse la donna che marcie escivano pure dall' intestino retto commiste spesso alle feccie. Nel 1871 per cinque mesi fu curata con caustici, iniezioni astringenti ed irritanti, e col setone. Sembra che dopo tal cura avesse migliorato alquanto, ma tuttavia ogniqualvolta andava di corpo esciva pus fetido e sanguinolento dall' ano e dalla vulva misto d' ordinario a feccie sciolte, le quali poi quando erano dure non superavano in grossezza il dito indice. Aggravatosi nuovamente lo stato suo fu posta nelle mie sale allo Spedale Maggiore il 24 Novembre 1873.

All' esame si osservò un seno fistoloso che sboccava nella forchetta in prossimità dell' orifizio vaginale e del gran labbro destro il quale seno si apriva nel retto intestino poco sopra l' apertura anale, e misurava in lunghezza due centimetri e mezzo abbondanti, internamente era rivestito da epitelio. Il perineo era piuttosto corto ed ai contorni del seno si riscontravano i tessuti induriti e più o meno alterati. A 5 centimetri dallo sfintere esterno anale l' intestino era ristretto in modo da potere appena permettere d' insinuarvi l' estremità dell' indice e nella sua parete interna trovavansi estese e grosse granulazioni, le

quali sanguinavano al solo toccarle. Il riposo ed un conveniente regime dietetico e curativo posero le parti in quello stato di calma che potè permettere di passare alla spaccatura della fistola in tutta la sua lunghezza, la quale venne effettuata il 2 Dicembre successivo, colla avvertenza di cruentare altresì tutta la interna superficie dell' aperto seno coperta di epitelio, acciocchè il lavoro di cicatrizzazione potesse più regolarmente effettuarsi. In essa cruentazione poi convenne comprendere l' orlo inferiore della vagina. Durante l' operazione fummo fatti accorti che un altro seno della lunghezza di quasi tre centimetri dipartendosi da quello già aperto percorreva in alto il setto retto-vaginale, che fu esso pure del tutto aperto, dopo di che si cercò dilatare col dito l' intestinale stenosi. Venne poscia medicata la ferita con semplici filaccie imbevute nell'acqua emostatica del Pagliari per arrestare il gemitio sanguigno.

Per tre giorni dopo la eseguita operazione la donna ebbe febbre leggera in massimo 39°, dalla ferita escirono marcie piuttosto in copia fetenti e commiste a sangue, che obbligarono a medicarla più volte nella giornata, indi le marcie cominciarono a scemare e ad acquistare migliori caratteri. Di tal guisa grado grado diminuirono le sofferenze della inferma, la quale cominciò a trattenere più a lungo le feccie, e ad emetterle senza dolore e più grosse di prima, la piaga si deterse si cuoprì di granulazioni si restrinse ed obbligò gradatamente il setto retto-vaginale ad abbassarsi ed a portarsi innanzi. Colla semplice nettezza della parte, col proseguire nella cura interna ricostituente la donna si pose in via di guarigione. Nella regione del perineo il tessuto cicatrizio costituì di poi un sepimento grosso più di un centimetro che separa la vagina dall' apertura anale la quale è molto rientrante.

L' operata escì dallo Spedale il giorno 8 Marzo 1874 essendo in lei riapparsa la mestruazione, di cui come dissi, da quattro anni era mancante, trovandosi il suo organismo in ottime condizioni. Riveduta la, scorsi che furono parecchi mesi, non ebbi che a compiacermi per l' eccellente stato di sua salute, e per la regolarità con cui compievansi le sue funzioni, compresa quella di defecazione.

OSSERVAZIONE TERZA

Fistola retto-labbiale. Spaccatura. Emorragie ripetute. Cauterizzazioni col nitrato d' argento. Guarigione.

Ho avuto varie volte occasione d' osservare che l' apertura fistolosa rettale piuttosto che corrispondere colla forchetta o colla vagina,

come abbiamo notato nei casi precedenti, trovasi in comunicazione coll' interno di uno o di ambidue i grandi labbri. Anche in simili casi coll' apertura del tramite fistoloso eseguita nel modo da me esposto ho costantemente ottenuta la guarigione, senza che rimanga incontinenza di materie fecali, e di gas. In un solo caso l' operazione fu susseguita da ripetute emorragie non immuni da pericolo. Ciò osservai nella signora Contessa T. C. di Romagna, donna bella e benissimo costituita e che operai nell' Aprile del 1868. Molto tempo prima formossi in essa lei un ascesso infiammatorio allo interno del gran labbro sinistro che si aprì spontaneamente allo esterno e che poco dopo si mise in comunicazione col retto intestino. L' apertura fistolosa al gran labbro trovavasi due centimetri al disopra dell' orlo inferiore della vagina, quella del retto era a poca distanza dall' ano. Spaccato il seno in tutta la sua lunghezza al momento si ebbe poca perdita di sangue. Introdotti fra i labbri della ferita degli stuelli di fila, ed applicata una fascia a T, scorse che furono alcune ore, ebbe luogo una piccola perdita sanguigna che fu fermata colla applicazione di stuelli imbevuti nell' acqua del Pagliari. Passarono così tre giorni trovandosi la Signora in perfetta calma, poi cominciarono a presentarsi dalla ferita copiose emorragie a più o meno lunghi intervalli. Si ricorse alla applicazione del tampone forzato imbevuto nell' acqua del Pagliari si legarono i vasellini che davano sangue, ma le legature per la fragilità dei tessuti presto cadendo le emorragie si rinnovavano. Allora feci ripetute e profonde cauterizzazioni col nitrato d' argento, coadiuvate dal tampone, e così le emorragie cessarono, e si ottenne la cicatrizzazione della ferita in modo regolare. La contessa stentò alquanto a rimettersi, ma poscia godette perfetta salute, con piena regolarità nelle funzioni del retto intestino.

Se io considero i pericoli che sovrastarono a questa Signora per le emorragie cui fu soggetta dopo la operazione, io non posso che dichiarare saggissimo il partito preso dal Dott. Romei in una sua inferma, che cortesemente mi fece esaminare, affetta essa pure da una fistola labbio-rettale sinistra. Ampia essendo l' apertura fistolosa al gran labbro in modo da potere permettere di esplorarla col dito, accortosi egli che nelle pareti del tramite fistoloso pulsavano vasi arteriosi, per non esporre l' inferma al pericolo di emorragia incidendo completamente il seno, lo trattò colla legatura metallica, alla quale dopo tre giorni sostituì quella fatta con un cordoncino di refe. In breve tempo il seno

fistoloso rimase completamente aperto, e la piaga che ne susseguì rimarginossi in 70 giorni.

Esaminata allora da me e dallo stesso Dott. Romei l' operata vedemmo che per mezzo di un tessuto cicatrizio alquanto elastico si erano riuniti i bordi della ferita, e che quel tessuto era lungo quasi due centimetri. Ci confermò poi la donna che le funzioni del retto intestino in lei si compivano regolarmente.

Il Dott. Cesare Busi in un altra inferma consimile preferì la legatura elastica e ne ebbe del pari un ottimo risultato.

L' esame attento degli anzidetti casi, e di parecchi altri analoghi da me osservati, non che la maniera molto acconcia colla quale nei medesimi formossi la cicatrice, mi confermò nell' idea che codeste fistole d' ordinario non si insinuano profondamente fra parti di una certa importanza. Me ne convinse poi una interessante osservazione che venne fatta sul cadavere di una donna affetta da simile malore, e che morì per pioemia allo Spedale Maggiore nelle sale chirurgiche a me affidate.

Mentre essa donna fu in vita, erasi in lei formata un' apertura fistolosa al perineo in seguito di un ascesso apertovisi spontaneamente, la quale comunicava col retto intestino, che trovavasi pertugiato verso il mezzo della sua parete anteriore alla distanza di mezzo centimetro dall' ano. Nella fistolosa apertura del retto intestino sboccavano due altri seni, uno dei quali con piccola apertura sorgea dall' interno del grande labbro sinistro, l' altro pure mediante piccolo fistoloso pertugio traeva origine dallo interno del gran labbro destro. Queste due aperture fistolose poi erano di poco al disopra del bordo inferiore dell' osculo vaginale. L' ultimo degl' indicati seni misurava in lunghezza cent. 2 $^1/_2$ quello del labbro destro cent. 3 $^1/_2$, l' ano perineale pure cent. 3 $^1/_2$. Colla autopsia si potè conoscere che i seni retto-labbiali aventi un andamento obliquo lambivano superiormente il contorno vaginale senza interessare il costrittore e si mettevano in comunicazione col seno perineo-rettale perforante l' aponeurosi perineale superficiale, integri poi essendo i muscoli alla medesima sottoposti. Da ciò ne risulta che aprendo cotali seni non solo non rimangono lese parti importanti, ma la cicatrice risultante non potrà indurre rilevanti sfregi alla vulva, all' ano, ed al perineo istesso.

OSSERVAZIONE QUARTA

Fistola retto-vaginale associata a fistola attraversante completamente il gran labbro inferiore destro in giovane sifilitica. Cura antivenerea, apertura totale delle fistole. Guarigione.

L. B. d' anni 28 prostituta, ha sofferto più volte di sifilide sotto diverse forme, ed in ispecie dell' ulcerosa, per cui nel 1866 fu curata nel sifilicomio di questa città. In allora un' ulcera dura occupava la forchetta e si estendeva alla vagina nella sua parete posteriore. Quest' ulcera ad onta delle cure le più convenienti rimase aperta 15 mesi, cicatrizzatasi restò in quella regione una depressione a mo' d' imbuto ed al fondo un tessuto sottile. Recidivando nella malattia ulcerosa si accorse due o tre anni fa, che durante le evacuazioni alvine emetteva una materia sanguigna, e talvolta pus dall' ano cui susseguì stenosi del retto intestino.

Nel gennaio 1873 sotto uno sforzo per evacuare l' alvo avvertì che gas escivano dalla vagina ed in seguito escirono pure materie fecali. Per questo il giorno 8 Ottobre 1873 fu posta nelle mie sale allo Spedale Maggiore acciocchè tentassi di liberarla dai suoi malanni. Coll' esame si riscontrarono parecchie ulceri, delle quali una fistolosa attraversante inferiormente a tutta spessezza il labbro grande destro e dirigentesi verso l' osculo vaginale, altre ulceri vedevansi alla forchetta all' osculo vaginale stesso ed alla parete posteriore della vagina, due delle quali a poca distanza dall' osculo comunicavano coll' intestino retto. Queste ultime erano callose, nella mucosa rettale trovavansi delle sanguinanti fungosità, la stenosi era a 3 centimetri dallo sfintere anale.

Venne sottoposta a cura regolare antisifilitica tanto interna quanto locale, le ulceri presero buoni caratteri, ma le due che occupavano la parete posteriore della vagina a poca distanza dall' osculo si riunirono in una sola nella linea mediana costituendo così un' ulcera della ampiezza di un centimetro e mezzo e comunicante col retto intestino (1).

---

(1) Il Chiarissimo Prof. Costanzo Mazzoni Direttore della Clinica Chirurgica della R. Università di Roma, ebbe in essa Clinica una donna affetta da tre aperture fistolose nella parete posteriore della vagina in prossimità dell' ostio

Continuando nel trattamento curativo le ulceri si cicatrizzarono rimanendo solamente superstite la fistola retto-vaginale e quella che attraversando inferiormente il gran labbro si dirigeva verso l' osculo della vagina. Ridotte le cose a questo punto disperando d' ottenere la chiusura della fistola retto-vaginale mediante qualsiasi processo di sutura, in causa delle profonde alterazioni superstiti negli adiacenti tessuti, mi decisi di incidere completamente e separatamente le due fistole, la prima fu aperta spaccando la parete vagino-retto-perineale, la seconda introducendovi un bistorino bottonato e troncando allo interno la corrispondente parete del gran labbro.

Aperta che fu la fistola retto-vaginale potei osservare che l' orlo superiore della fistola corrispondente al setto retto-vaginale era costituito da un tessuto cicatrizio grosso e consistente per cui sperai che compiendosi la cicatrice in essa ferita, fosse tratto così in basso da potere concorrere a formare un sepimento che sostituisse il perineo. Per questo mi limitai a medicare le ferite con semplici fila imbevute nell' acqua del Pagliari.

Attese le profonde alterazioni sofferte dai tessuti attornianti la fistola la completa cicatrizzazione stentò molto ad effettuarsi, per cui consigliai di persistere nella cura generale, ma il risultato finale fu superiore a qualsiasi aspettativa, giacchè le parti si modellarono in guisa da costituire un perineo alto convenientemente, da formare un' apertura anale rientrante di ordinaria ampiezza, e tale da impedire la involontaria emissione delle feccie e dei gas. L' interna stenosi poi del retto ha ceduto in modo da rendere facile la emissione di grosse e dure sibale, mentre in antecedenza era penosissima ed impossibile senza aiuto, ed oltre a ciò le fungosità del retto intestino sonosi ridotte a piccole asprezze. In sì ottimo stato il 6 Settembre di questo anno (1874) la donna contentissima abbandonò lo Spedale.

---

vaginale poste l' una superiormente all' altra e comunicanti esse pure con una apertura inegualmente rotonda nel retto intestino al di sopra dello sfintere interno. *Mazzoni, Anno secondo di Clinica Chirurgica nella R. Università di Roma. 1874.*

OSSERVAZIONE QUINTA

Apertura retto-vaginale traumatica. Spaccatura completa sutura parziale. Guarigione.

Alvisi Maria d'anni 27, nativa di Loiano, venne ammessa nella mia Sezione Chirurgica il 20 Novembre 1873 per essere operata di fistola retto-vaginale. Ci raccontò che maritatasi nel 1872 dopo il primo accoppiamento, che fu a lungo protratto e stentato, continuò nella notte stessa a fluire sangue dalla vagina, poscia dall'ano, ed in copia anche non piccola. Il giorno appresso notò pure il passaggio di materie fecali dalla vagina. Sembra che l'apertura stabilitasi fra intestino retto e vagina fosse in principio molto ampia perchè la paziente assicurò che nei primi giorni vi passavano sibale di grosso calibro. Dopo due settimane soltanto cessò affatto lo scolo di sangue. Per vergogna non comunicò al medico in allora il suo male, ma rimasta incinta pel timore di incontrare qualche pericolo lo avvertì, ed egli stimò ben fatto l'attendere che si fosse sgravata prima di tentare qualche operazione diretta a chiudere l'apertura retto-vaginale. Partorito avendo felicemente a termine una bambina la volle allattare, ma questa dopo sei mesi morì. Fu allora che decise di curarsi ed entrò nello Spedale.

Esaminatala si rinvenne nella linea mediana del setto retto-vaginale alla distanza di due centimetri dall'osculo della vagina una apertura quasi circolare, di tale ampiezza da potere essere attraversata dal polpastrello del dito indice a margini cicatrizzati sottilissimi come scindenti.

Da quella apertura sporgea porzione di membrana mucosa del retto prolassata, l'apertura istessa rimaneva infossata profondamente, e gli adiacenti tessuti erano così tesi da rendere manifesto di non poterne scambievolmente accostare i bordi con agevolezza. Siccome per tutto ciò sarebbesi adunque resa malagevole ed incerta la sutura eseguita coi processi in oggi a preferenza adottati, all'appoggio dei felici risultamenti ottenuti nei casi sudescritti di fistole retto-vulvari, deliberai d'incidere anche in questa donna in un colla fistola i tessuti perineali. Ma siccome l'apertura di comunicazione del retto era colla vagina e non colla vulva, trovavasi cioè al di sopra del muscolo costrittore, e perciò nello aprire la fistola avrei dovuto incidere questo muscolo in un collo

sfintere anale e compromettere le funzioni di defecazione tanto più facilmente, per questo motivo volli colla sutura almeno riunire quel tratto di ferita che alla vagina corrispondeva e così favorire l' immediata unione del costrittore, ed attendere pel resto i risultati della cicatrizzazione graduale.

L' operazione fu eseguita il 2 Dicembre 1873 aiutato dall' egregio mio assistente Dott. Medini, ed alla presenza di varii altri chirurghi nel modo seguente. Introdotta per la via della vagina nell' apertura vagino-rettale una tenta scanellata ottusa, coll' indice della mia mano insinuato nel retto ne feci escire la punta fuori dell' ano, allora con un bistorino retto incisi a tutta spessezza la sottostante parete vagino-ano-perineale. Arrestato il poco sangue che gemeva cruentai tutto il bordo dell' apertura retto-vaginale ove era ricoperto di cicatrice e con un punto di sutura praticata con filo cerato riunii quivi la ferita in corrispondenza cioè al setto retto-vaginale nel qual modo rimasero pure accostati i bordi della perineale apertura.

Applicata una semplice medicatura e raccomandata la nettezza della parte l' operata si trovò bene anche nei dì successivi. Nella sera del 5 Dicembre andò di corpo, e si videro benissimo escire feccie piuttosto solide direttamente in basso. Scorse cinque giornate dall' operazione si levò il punto di sutura essendo avvenuta l' adesione delle superficie cruentate poste per mezzo suo a contatto. In appresso i bordi inferiori della ferita si cuoprirono di rigogliose granulazioni si coartarono e stirarono il setto retto-vaginale in basso, e così formossi al perineo un tessuto cicatrizio forte, che tolse ogni comunicazione fra la vulva ed il retto, per cui le funzioni di questo intestino compiendosi regolarmente, la donna fu licenziata dallo Spedale il giorno 15 Gennaio 1874. Ulteriori notizie confermano appieno la stabile guarigione.

OSSERVAZIONE SESTA

Ampia apertura retto-vaginale. Cruentazione dei bordi e sutura attorcigliata. Aderimento parziale. Causticazione col nitrato d' argento. Guarigione per cicatrizzazione labbriforme.

Checchi Lucia, di mezza età, portava da oltre 4 anni un' ampia apertura nella vagina comunicante col retto intestino, la quale erasi

presentata in seguito di un parto laborioso. Passavano attraverso quel foro non solo le feccie più liquide ma ben anco a motivo della sua ampiezza le più dure e figurate materie. Decisa essendo di liberarsi da questo incomodo che, oltre al tenerla sempre imbrattata le arrecava tale molestia da impedirle d' attendere debitamente alle facende domestiche, ottenne di essere ammessa in Ricovero per assoggettarsi a quella cura, che potesse servire a guarirla. Ivi entrata nel Marzo del 1839 rilevai che quell' ampio foro trovavasi alla distanza di due centimetri dalla bocca della vagina, che aveva una figura elittica, il cui diametro maggiore era trasversale e della lunghezza di tre centimetri, il minore invece longitudinale e dell' estensione d' oltre un centimetro. I bordi di quell' apertura osservavansi duri e ricoperti di un tessuto mucoso che continuavasi colla interna membrana della vagina e del retto.

Ritenendo in simile caso necessario il cruentare quei bordi acciocchè potessero riunirsi mediante sutura, dopo avere debitamente preparata l' operanda, ne afferrai il bordo superiore con piccolo uncino, e mediante un bistorino curvo nel piatto ne asportai il bordo stesso per la grossezza di poco più d' una linea, quindi feci altrettanto nell' inferiore. Allora per mezzo di quattro spilli d' argento impiantati ad uno ad uno nel labbro inferiore e fatti passare man mano nel superiore colle norme dovute, mediante fili girati ad otto di cifra attorno i medesimi, posi le cruentate labbra a stretto contatto. Levati gli spilli, dopo cinque giorni, due terzi soltanto dei labbri trovai scambievolmente riuniti. Nella speranza però d' ottenere tuttavia l' unione di quel tratto in cui non erasi effettuato il processo adesivo, usai replicatamente la pietra infernale, affine di mantenere ivi un grado di iperplasia che valesse a favorire il lavoro di riproduzione e di cicatrizzazione; ma sebbene con ciò non si potesse ottenere completo, i poteri organici per altro assecondati dall' arte, diedero luogo ad un lavoro iperplastico che servì del pari ad impedire permanentemente la escita delle materie fecali sia solide che liquide da quell' apertura. Il labbro inferiore infatti si allungò, s' ingrossò, s' indurì, sormontò il superiore, e poggiando fortemente contr' esso, servì a vietare alle feccie di sfuggire dall' intestino retto, per farsi strada nella vagina (1). Adunque se in questo caso me-

---

(1) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1846. Memorie della stessa Accademia. Collezione delle mie Memorie.

diante il caustico non si potè ottenere la cicatrizzazione obliterante, rimase però provato quanto conto si possa fare dei caustici stessi per favorire un lavoro cicatrizio se non capace di produrre sovente la obliterazione di simili fistole, di porne però i bordi almeno a sì stretto contatto,da non concedere più passaggio nè a materie fecali nè a gas. Effetti salutari che ponno maggiormente sperarsi in alcuni casi, qualora alla causticazione eseguita per la via della vagina si aggiunga quella praticata pel retto. Una prova l' abbiamo nella seguente osservazione.

OSSERVAZIONE SETTIMA

Fistola retto-vaginale ad imbuto. Causticazione vaginale e rettale col nitrato d' argento. Guarigione per cicatrizzazione labbriforme.

Nella signora F. verso la metà dell' anno 1849 si formò un' ulcera all' intestino retto due centimetri circa al di sopra del margine anale. Sebbene fosse in modo conveniente curata l' ulcera invase pure la vagina, e così ne risultò una fistola retto-vaginale dalla quale con molto disgusto della Signora escivano involontariamente gas, e materie stercoracee fluide. Chiamato allora a curarla e non avendo in essa trovato nulla di specifico deliberai di tentarne la chiusura mediante ripetute cauterizzazioni col nitrato d' argento. Se non che dee notarsi che esaminata la fistola a dovere tanto dal lato della vagina quanto da quello del retto intestino, potei accorgermi, che sebbene le aperture di sbocco della fistola si trovassero fra loro in diretta comunicazione, nullameno si osservava questo di particolare, che l' apertura rettale presentava l' ampiezza di una moneta da due centesimi, la vaginale di uno, per cui il tratto fistoloso raffigurava un cono od imbuto coll' apice rivolto verso la vagina, la base più ampia allo interno del retto intestino. Ne risultava da ciò che se per guarirla voleasi usare del caustico conveniva meglio agire non solo per la via della vagina, come la più comoda, ma ben anco per quella del retto. La cauterizzazione venne fatta nello indicato modo coll' aiuto di uno specolo univalve ogni tre o quattro giorni mediante il nitrato d' argento in cannello. Così operando, l' apertura ulcerosa rettale infundibuliforme si restrinse e si ridusse ad una piccola incavatura ricoperta da cicatrice compatta avente nel mezzo un piccolo pertugio comunicante collo sbocco

vaginale della fistola, il quale se di poi non giunse a perfettamente obliterarsi, continuando però a cauterizzarlo, permise la cicatrizzazione labbriforme, mediante la quale rimasero anche in questo caso i bordi così strettamente addossati da venire impedito il passaggio dei gas e delle fecali materie. (1)

OSSERVAZIONE OTTAVA

Fistola retto-vaginale nel mezzo del setto susseguita a tubercolosi rettale. Cura interna. Causticazione col nitrato d' argento. Guarigione.

Ma se coll' uso del caustico ottenni l' impermeabilità anche della descritta fistola retto-vaginale mercè la cicatrizzazione labbriforme, mediante la cauterizzazione stessa in un' altra donna ebbi la obbliterante. Questa donna chiamavasi Monesi Maria, avea 24 anni, ed entrò nella Clinica Chirurgica Universitaria il 25 Agosto 1863. Da due anni era affetta da una fistola retto-vaginale di cui ella non conosceva quale ne fosse stata la causa, e di cui non si era curata. Aggravandosi le condizioni di sua salute per le penose molestie indotte nella vagina e nella vulva dal passaggio delle materie fecali, dei gas e delle marcie, avea deliberato infine di sottomettersi a qualche tentativo di cura per cercare di guarirne. Osservata la donna dal lato della vagina si notò nella parete posteriore verso il mezzo del setto retto-vaginale un' apertura circolare ad orli fungosi del diametro d' un centimetro la quale apertura comunicava direttamente col retto intestino. Fatti i dovuti esami anche per questa via si poterono osservare granulazioni di natura tubercolare sparse nella interna superficie rettale, e si vide che l' apertura di comunicazione colla vagina era delle medesime dimensioni. Per questo motivo stimai conveniente d' iniziare la cura coll' olio di merluzzo, coi ferruginosi, e con appropriata alimentazione affine di guarire le tubercolose granulazioni; ed avendone ottenuto anche sollecitamente vantaggio ebbi ricorso mediante il nitrato d' argento in

---

(1) Questo modo di cauterizzare fu vantaggiosamente non a guari applicato alla cura delle fistole vescico-vaginali, e costituisce il metodo di Soupart. *Deneffe Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode de la cauterisation. Procedé Soupart. Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand.* 1874.

cannello alla cauterizzazione della fistola per la via della vagina. Le cauterizzazioni erano ripetute ogni tre o quattro giorni, se le parti non ne rimanevano irritate, altrimenti attendevo che si trovassero in calma. Il 21 Dicembre il tramite fistoloso essendo perfettamente obliterato e le granulazioni intestinali essendo scomparse la donna fu licenziata dalla Clinica.

OSSERVAZIONE NONA

Fistola retto-vaginale con sinuosità lungo il setto. Incisione del seno. Causticazione dell' apertura retto-vaginale fattasi diretta. Guarigione.

Qualche volta le due aperture della fistola, la vaginale cioè e la rettale non comunicano fra loro direttamente od un po' obliquamente, ma invece l' apertura vaginale si continua con un tratto sinuoso lungo il setto e finisce per aprirsi nel retto intestino; quel seno può avere direzioni diverse.

Di questa specie di fistole ne ebbi un bell' esempio nella Signora Anna Venturi d' anni 30, moglie del mio sartore. Nel corso dell' anno 1843 formossi in essa lei un ascesso nel setto retto-vaginale verso la metà ed a sinistra della vagina che si aprì spontaneamente nella vagina stessa e nel retto intestino. Non essendosi curata, formossi una fistola vagino-rettale, la quale finì per arrecare tali incomodi alla inferma da costringerla a chiamarmi per sottomettersi a conveniente chirurgico trattamento.

Passato essendo all' esame della fistola, dopo avere applicato uno specolo univalve, rinvenni la piccola apertura ulcerosa in vagina nel punto suindicato. Introdotto uno specillo in quel pertugio percorsi un canaletto sinuoso della lunghezza di tre centimetri, che in alto discendendo andava a sboccare nel retto, del che potei convincermi mediante l' indice introdotto nell' intestino. L' apertura di sbocco nel retto era delle dimensioni d' una lenticchia, come si rese patente esplorandola anche con uno specolo anale.

Arrecava una vera pena a quella buona Signora l' involontario passaggio dei gas intestinali, e la lordura della vagina cagionata dal passaggio delle sciolte feccie, le quali poi quando erano un po' più compatte intasavano quell' esile canaletto ed erano cagione di gravi patimenti. Fistole consimili qualche volta si osservano anche nel setto

uro-vaginale, e furono con accuratezza veramente magistrale descritte dall' Amabile (1).

Pensai se nella mia inferma per obliterare quel fistoloso canaletto fosse stato ben fatto il tentare in una delle maniere più proprie la cauterizzazione, ma siccome sarebbe riescita difficile e fastidiosa, preferii d' incidere per il lungo il canaletto stesso in modo da porre la vaginale apertura, resa così più ampia, in diretta comunicazione colla rettale. Per tal modo l' apertura fistolosa vaginale dopo un mese essendosi ridotta alle dimensioni di un centesimo, e la fistola insinuandosi nel retto a mo' di un piccolo imbuto, ed ivi terminando con un foro molto più angusto, fu per questo sufficiente il cauterizzarla mediante il cannello di nitrato d' argento dal lato della vagina, per ottenerne così la chiusura nello spazio di un altro mese. Sono già passati più di 30 anni ma la cicatrice è rimasta costantemente salda.

OSSERVAZIONE DECIMA

Fistola retto-vaginale, e vescico-vaginale congiunte con stenosi della vagina in tutta la sua lunghezza, susseguite a parto con presentazione della fronte del feto.

In alcuni rari casi si può contemporaneamente rinvenire un' apertura retto-vaginale, ed una vescico-vaginale e trovarle anco associate a più o meno notevole stenosi della vagina e della vulva.

Un fatto di simile natura, degno d' essere conosciuto, lo ebbi ad osservare in una giovane in seguito di penosissimo parto. Essendo ella in preda a strazianti dolori da due giorni, e l' espulsione del feto non effettuandosi, venni chiamato a soccorrerla. Quando giunsi, esaminatala, la rinvenni ben conformata di pelvi, ma mi accorsi subito che la fronte del feto si presentava alla vulva, il che può appunto aver luogo quando al cominciare del travaglio la testa del feto si presenta col vertice o colla faccia con inclinazione frontale, nel qual caso la fronte tende ad escire per la prima dallo stretto inferiore, se per fortuna la testa non prende una posizione migliore.

L' onorevole signor Dott. Ercole Fabbri mediante una dotta sua Memoria letta alla nostra Società Medico-Chirurgica il 17 Novembre

(1) Amabile, Una osservazione di fistola vescico-vaginale del collo della vescica. Giornale, Il Movimento Medico-Chirurgico. Napoli 1872.

1866 fece notare che la Scuola di Praga la considera invece diversamente da noi, decisamente cioè come presentazione della fronte, ed indicò il meccanismo col quale il Seyfert, alla cui Clinica egli assistette per non breve tempo, ritiene si effettui questo parto, e le cagioni per cui nell' attraversare la pelvi cotanto si altera la configurazione del capo del feto. E diffatti acciocchè il parto in simili casi si compia è indispensabile avvenga un rilevantissimo schiacciamento del vertice e della faccia, e quindi un notevole allungamento del diametro mento-occipitale. E siccome la struttura del capo, e massime della faccia, rende assai difficile questo non lieve mutamento di forma, ne risulta poi da ciò, che se il feto non è piccolo muore, o si è di frequente costretti, stremandosi le forze espellenti della madre, di ricorrere all' applicazione del forcipe od anco alla craniotomia.

Ciò per altro non fu necessario nella giovane partoriente da me visitata, la quale poco dopo averla io esaminata, con un ultimo sforzo espulse il feto, però privo di vita, cui tenne dietro la seconda. Lo trovammo molto bene sviluppato, ma colla testa allungatissima, e configurata nella maniera suaccennata. Sperò la giovane che compiuto avendo il parto avessero fine i suoi patimenti, ma invece altri ben diversi le sovrastavano. La vagina rimasta per sì lungo tempo violentemente compressa, tutta quanta si cancrenò, e di poi avvenutone il distacco rimasero altresì superstiti un' apertura nel retto e nella vescica urinaria comunicanti col cavo vaginale poco al di là della vulva.

Medicata essendo di poi la giovane dal Chirurgo di casa, la staccatasi vagina fu rimpiazzata da un tessuto cicatrizio di consistenza quasi cartilaginea, che la rese tanto angusta in tutta la sua lunghezza da non potere che a stento ammettere un dito; le aperture fistolose di poco si restrinsero. Rimase essa in questo infelicissimo stato per quasi due anni, ma presa da tubercolosi pulmonare fu posta nello Spedale Provinciale e Ricovero, ove, io la rividi, e morì dopo poche settimane.

OSSERVAZIONE UNDECIMA

Ampia apertura retto-vaginale e vescico-vaginale congiunta con stenosi all' ingresso della vagina e della vulva in donna gravida a termine.

Un guasto anche più grave fu da me osservato in una sposa di 20 anni. Rimasta gravida, pervenuta che fu a termine, entrata essendo

in soprapparto, la testa del feto si fissò allo stretto inferiore e vi rimase per ben dieci ore. Le più forti contrazioni uterine non valendo a farle superare l' ostacolo che in quella regione incontrava, allora soltanto la levatrice, che assisteva la donna, determinossi a chiamare un Ostetrico. Poco dopo essendo egli sopraggiunto, e riconosciuto avendo che l' ostacolo al compimento del parto era dovuto ad angustia di quello stretto, determinossi ad applicare il forcipe, ed anche questo essendo riescito insufficiente, eseguì la craniotomia, e così il feto potè essere estratto.

Ma la violenta e prolungata pressione che aveano sofferta la vagina, la vescica urinaria e l' intestino retto, cagionò una estesa cancrena in esse parti che propagossi poi alla vulva ed al perineo. Staccatisi i tessuti in preda alla cancrena, fra i quali trovossi pure la posteriore parete della vescica e l' anteriore del retto intestino in grande estensione, formossi così un' ampia cloaca in cui versavansi i locchi, le urine e le feccie. Ad onta di sì miserando stato la donna potè sopravivere, anzi terminato appena il puerperio non essendosi il brutale marito astenuto di accoppiarsi parecchie volte seco lei, pur troppo non tardarono ad apparire segni che fecerla a ragione ritenere incinta. Nel frattanto curata quella lurida e vasta cloaca con non molta accuratezza, cominciò ad ordirsi all' ingresso della vagina, alla vulva ed al perineo, tessuto cicatrizio assai stipato, che restrinse la vulva e l' ingresso della vagina stessa in modo da rendere di poi l' accoppiamento impossibile.

Giunta che fu la gravidanza verso il suo termine, a motivo della grossezza e della forte consistenza assunta dai tessuti cicatrizi formatisi alla vulva, essendosi l' ingresso della vagina ridotto sì angusto da rendere impossibile il parto mercè le sole forze naturali, venne perciò preso il partito di collocare la gestante nello Spedale Provinciale e Ricovero ove alla mia visita la rinvenni in uno stato quasi estremo di marasmo. Le sue parti esterne generative, nei tratti in cui non erano rimaste distrutte dalla pregressa cancrena, in un coll' adiacente cute vedevansi impiagate in conseguenza delle lordure che su loro spandevansi e le imbrattavano, e che fluivano dall' interno della vagina. Un tessuto cicatrizio di consistenza quasi cartilaginea grosso come un dito trasverso ne otturava l' osculo pressochè completamente, non rimanendovi che un piccolissimo forame in mezzo, il quale con molto stento e dolore concedeva l' ingresso soltanto alla punta del

dito mignolo. Con opportuni esami poi fatti per la via non solo della vagina, ma del retto intestino e della vescica urinaria, mi riescì di confermare che poco sopra l' ingresso dell' ano gran parte dell' anteriore porzione del retto intestino e della vagina era in realtà rimasta distrutta, e che la parete posteriore della vescica urinaria e sottostante vagina eransi per fatto della sofferta cancrena egualmente perdute. Le urine e le feccie in parte ristagnavano in quella vasta caverna, e vi mantenevano uno stato di irritazione, di dolore, di flogosi insopportabili. Il collo uterino poi era del tutto scomparso, il suo orifizio era così ampio da potere sentire manifestamente la testa del feto, e far credere il travaglio del parto non dovesse essere lontano. L' esame addominale confermava la gravidanza avvanzata non che la buona direzione della matrice, ma non sentivansi più i movimenti del feto, nè udivasi il doppio battito cardiaco. La pelvimetria poi facea conoscere l' angustia dello stretto inferiore il cui diametro antero-posteriore era al di sotto dei tre pollici.

Dopo pochi giorni essendosi dichiarato il travaglio del parto, colate che furono le acque giunse la testa col vertice allo stretto inferiore e contro il resistente tessuto cicatrizio che avea resa tanto angusta l' apertura vaginale. Alcune smagliature nel medesimo tessuto praticate non concedendo libera escita alla testa del feto, e vedendo tuttavia impossibile l' applicazione anche di un piccolo forcipe, deliberai di eseguire a destra ed a sinistra una profonda incisione, che dipartendosi dall' apertura vulvo-vaginale indurita e ristretta e dirigendosi da ambo i lati obliquamente in basso fra l' ischio e l' ano comprendesse a tutta spessezza quel grosso cordone fibroso, che rendeva sì angusta la vagina e la vulva e immedesimavasi nei sottostanti molli tessuti. Così acquistai tanto spazio da potere allora applicare il forcipe ai lati della testa del feto, ma non riescendo ad estrarla, ed il feto per gli esami fatti mostrandosi decisamente morto, per non incontrare più gravi pericoli, ed evitare maggiori guasti eseguii la craniotomia, ed allora il feto venne tosto portato fuori, e senza notevole patimento della donna. La medesima però a tanti mali non potè che pochi giorni sopravvivere (1).

---

(1) Bullettino delle Scienze Mediche.

OSSERVAZIONE DODICESIMA

Cancroide del retto intestino diffuso alla vulva ed alla vagina con perforazione retto-vulvare. Asportazione. Guarigione.

Le aperture o fistole retto-vulvari o retto-vaginali hanno qualche volta un' origine cancerigna e ponno derivare dal cancro primitivo della vulva o della vagina, od anco da quello che esordito essendo dall' utero e propagatosi alla vagina ha finito per invadere e perforare il retto intestino. In alcuni altri casi invece il cancroide sorge dai margini dell' ano o dal retto intestino si propaga alla vulva od alla vagina e più o meno estesamente la comprende e la perfora.

Nelaton ritiene che questo male sia insanabile e che niun utile mezzo possa la chirurgia apprestarvi (1). In sì assoluta sentenza del Nelaton io non posso convenire, giacchè per esperienza mia propria posso affermare, che se pur troppo l' intervento dell' arte nella generalità di simili casi non può condurre a buon fine, però in alcune circostanze, anche assai gravi, può rendersi efficacissimo. Ne è bella prova il seguente fatto. Negli anni 1851-52 io ebbi ad operare nello Spedale Provinciale tre donne affette da cancroide all'intestino retto (2), in una delle quali il cancro stesso erasi propagato anche alla forchetta della vulva ivi perforandola. Questa donna era in fresca età, non molto robusta, ma immune da quei segni che potevano far temere la cachessia cancerigna. Il cancroide occupava la porzione inferiore del retto per un tratto di oltre cinque centimetri, invadeva la circonferenza del margine anale, ampiamente comprendeva lo sfintere ed anteriormente occupava come dissi la forchetta perforandola e ponendola in comunicazione col retto intestino nel suo tratto inferiore. Pei felici risultati da me ottenuti asportando l' intestino retto canceroso (3), quantunque in simile caso il cancro avesse anche invasa e perforata la forchetta, non mi trattenni dall' eseguirne l' asportazione. Essendo presenti gli assistenti dello Spedale, Dott. A. Brunelli, e Dott. Onofrio Santinelli, il Dott. Romei in allora pro-assistente, e non pochi sco-

(1) Nelaton, Pathologie Chirurgicale.

(2) Statistica delle inferme curate nello Spedale Provinciale e Ricovero 1851-52. Collezione delle mie Memorie Chirurgiche ed Ostetriche.

(3) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna, fasc. di Maggio e Giugno 1840, pag. 330. Collezione delle mie Memorie, Vol. 2, pag. 312.

lari, tolsi difatti tutto il prodotto morboso mediante regolari incisioni e dissezioni eseguite in modo da comprendere non solo il retto intestino, ma altresì lo sfintere e la cancerigna perforata forchetta della vulva, nel che fare per maggiore sicurezza fu anzi necessario l'intaccare la corrispondente inferiore parete vaginale che non sembrava del tutto libera della malattia. Isolato poi che fu ad ogni intorno l'intestino canceroso, mediante le pinzette di Muzeux venne tratto così in basso da potere permettere di prevenire gravi emorragie mediante acconcie legature poste e strette in alto sulle sue pareti ove serpeggiavano e pulsavano diramazioni arteriose rilevanti. Niun fenomeno grave sussegui a questa operazione; anzi dopo alcune settimane il lungo tratto in cui l'intestino fu demolito venne rimpiazzato da un nuovo canale membranoso, la cui superficie interna presentava i caratteri di una membrana mucosa e continuavasi colla membrana mucosa del tratto superiore di retto intestino rimasto illeso. Ciò nullaostante non si potè evitare un lieve prolasso non che qualche volta la incontinenza delle feccie, qualora specialmente fossero sciolte; motivo per cui la donna non ometteva per cautela di munirsi di conveniente riparo. Del resto, per esatte informazioni successivamente avute, la guarigione fu stabile non essendosi riprodotta la malattia.

Senza dubbio i pericoli che sovrastano alla asportazione di estesa porzione di retto intestino canceroso, per quanto bene ed avvedutamente eseguita, sono gravissimi, e lo sono tanto più quanto è pure compresa dal male porzione di vulva o di vagina; ma se si pone mente allo strazio che dee precedere la morte di quelle misere, che trovandosi in preda a sì penosa malattia vengono abbandonate alla loro triste sorte, parmi all'appoggio del felice risultato da me ottenuto, non si debba omettere di operarle, quando però manchi ogni indizio di diffusione del male ad altre parti, o in una parola non ne partecipi evidentemente l'organismo.

Le varie osservazioni poi di fistole retto-vulvari o retto-vaginali da me esposte in questo scritto, sembrami valgano senza dubbio a confermare quanto superiormente venne da me asserito, e cioè che per meglio ottenere la guarigione di sì incomoda e penosa malattia non bastano i soli pregi di cui fanno bella mostra i varii processi operatori a tal uopo immaginati, ma conviene saperli adattare e modificare a tenore della sede precisa d'esse fistole, delle loro varietà anatomo-patologiche, e delle loro complicazioni non solo locali, ma risguardanti ben anco il generale delle inferme.